1922
MED. UNIVERSITY LIBRARY FEB 2 1924

Medizinische Fakultät der Universität Erlangen.

Ein Fall von Atrophia cutis idiopathica chronica diffusa progressiva, zugleich ein Beitrag zur Kasuistik und Aetiologie dieser Erkrankung *)

von **Georg Bischof** aus Hassfurt.

Im vergangenen Jahre kam in der dermatologischen Abteilung der Medizinischen Klinik Erlangen folgender Fall von Atrophia cutis idiopatica chronica diffusa progressiva zur Beobachtung.

Anamnese: 27jährige Frau. Eltern und Geschwister leben, sind frei von Hautkrankheiten, ein Bruder ist nervös und hört schlecht. Grossmutter litt an manisch-depressivem Irresein. Ein 7 jähriger Sohn der Patientin ist rasch gewachsen, sonst gesund. Als Kind war Pat. angeblich schon immer ernster veranlagt; erste Regel mit 12 Jahren, schmerzhaft, langedauernd und regelmässig — eine 16 wöchige Unterbrechung mit 15 Jahren. Mit 19 Jahren hat Pat. geheiratet. Im Wochenbett angeblich „Nervenzustände". Menses darnach schmerzlos und regelmässig; im vorigen Jahre traten sie einmal mit der früheren Heftigkeit wieder auf. Beginn des Hautleidens 3 Wochen nach der Geburt des Kindes mit einer stecknadelkopfgrossen Pustel mit geröteter Umgebung unter dem rechten Auge. Im Laufe der nächsten 7 Jahre breitete sich die Hautkrankheit über Stirne, beide Wangen, Ohren, Hals, Mammä, Unterbauch, die seitlichen Thoraxpartien, Gesäss, Ober- und Unterschenkel aus. Im Verlauf angeblich Geschwürsbildung an Gesäss, Aussenseite des rechten Unterschenkels und an der linken Wade. Pat. verspürt kein Jucken, dagegen brennende Schmerzen an den geröteten Stellen. Im Sommer starke Schweissausbrüche im Gesicht. Ausserdem leidet die Frau unter ständigem, starken Durstgefühl. Pat. klagt dann noch über Schlaflosigkeit, Kongestionen, Herzklopfen, fliegende Hitze, Druckgefühl im Kopf. Sie gerät leicht ins Weinen, errötet leicht, ist vielfach melancholisch gestimmt. Die nervösen Erscheinungen und der Zustand ihres Hautleidens werden z. Z. der Menses angeblich wesentlich besser.

Allgemeinstatus: Mittelgrosse Frau in mittlerem Ernährungszustand. Leichter Exophthalmus beiderseits, Schilddrüse

*) Auszug aus der Inaugural-Dissertation 1922.

etwas vergrössert, Stellwag, Moebius positiv, Graefe angedeutet, leichter Tremor der Finger. Herztätigkeit beschleunigt. Puls 104. Herzgrenzen normal, Töne rein, regelmässig. Lunge und Abdomen: o. B. Reflexe normal. Sensibilität, Schmerz- und Temperaturempfindung, sowie Erregbarkeit für galvanischen und faradischen Strom ebenfalls normal. Wassermann'sche- und Tuberkulin-Reaktion negativ. Gynäkologische Untersuchung: o. B. Blutbild: 5 170000 Erythrocyten; Haemoglobin 85%. Leukocyten: 6000; Polynucl. 55%. Eosinophile 2%. Lymphocyten 41 %, Monocyten 1 %, Uebergangsformen: 1 %.

Hautstatus: Auf Stirne, beiden Wangen und Ohren ist die Haut rötlichbraun verfärbt und schuppend; Stirne und obere Augenlider infiltriert. Am Hals, dem Blusenausschnitt entsprechend, kleinlamellöse Schuppung und braune Pigmentation in Netzform. Die Maschen des Netzes werden von weissen, atrophischen Stellen gebildet. An beiden Armen symetrische Hautveränderungen, links intensiver wie rechts. Handrücken und Vorderarme livide verfärbt; die Haut ist trocken, spröde und an einigen Stellen mässig infiltriert; an den Beugeseiten der Oberarme starke Rötung und überall teils kleienförmige, teils kleinlamellöse Schuppung. An den ebenfalls ergriffenen Ellbogengelenken vereinzelte, kleine flache Knötchen, hier wie an einzelnen Stellen der Vorderarme und Handrücken zigarettenpapierähnliche Fältelung der Haut. Am linken Schultergelenk dicht unterhalb des Acromion eine umschriebene circa fünfmarkstückgrosse atrophische Hautpartie. Rücken, Brust und obere Hälfte des Abdomen sind frei. An den seitlichen Thoraxpartien einige kleinere umschriebene schuppende Herde. Die schlaffen Mammae sind in ihrem unteren Teil braun bis bläulich rot verfärbt, hier ebenfalls zigarettenpapierähnliche Fältelung. An beiden Glutäen auf die Oberschenkel übergehend bläulichrote Verfärbung der Haut, starke Schuppung. Die Haut ist mässig infiltriert und verdickt; gegen die Darmbeinkämme zu deutliche Atrophie. An den unteren Extremitäten in ziemlich symetrischer Anordnung die Haut fast in toto befallen, blaurot verfärbt, mässig infiltriert mit deutlicher zigarettenpapierähnlicher Hautfältelung, die in der Kniegelenkgegend am ausgeprägtesten ist. Die Haut lässt sich in Falten abheben, die längere Zeit bestehen bleiben; Venennetz deutlich durchscheinend. An den Unterschenkeln besonders an den Aussenseiten und über den Malleolen livide Verfärbung und grosslamellöse Schuppung von psoriasisähnlichem Glanz. Haut hier straff gespannt, fest mit der Unterlage verlötet. Fussohlen und Handflächen sind frei. Fuss- und Handgelenke, ebenso die Handrücken sind verdickt.

Histologischer Befund: I. Präparat: Verdünnung sämtlicher Gewebsschichten, besonders der Epidermis. Im sub-

epithelialen Gewebe fast überall eine diffuse Infiltration (meist Rundzellen, aber auch Plasma- und Mastzellen), Kapillaren erweitert mit teilweise gequollenen Endothelien. Knäueldrüsen nicht vermindert, dagegen die Talgdrüsen, hochgradige Rarefizierung des elastischen Gewebes, zahlreiche blasser gefärbte Bindegewebszellen mit bläschenförmigen Kernen. II. Präparat: Epidermis noch mehr verdünnt wie bei I., in der Cutis strichförmige Zellinfiltrationen, Erweiterung der Kapillaren, Wandverdickung an den grösseren Gefässen. Schweissdrüsenlumina sind erweitert, zeigen niedriges Epithel. Elastische Fasern relativ gut erhalten, fehlen nur in den allerobersten Cutislagen, sonst wie I.

Der vorliegende Fall ist nach der Einteilung der idiopathischen Hautatrophieen nach Rusch in dessen II. Gruppe einzureihen, die man nach Bach's Vorschlag als Typ Herxheimer bezeichnen kann. Für diese Gruppe bietet er sämtliche Symptome. Bemerkenswert ist die grosse Ausdehnung der Hautveränderungen und die nur in einem Teil der Fälle beschriebenen sklerodermieartigen Veränderungen an den Unterschenkeln, die fibromähnlichen Knoten an den Ellbogengelenken, die starke (grosslamellöse) Schuppung und die Pigmentation am Hals, die bisher an keinem Fall beobachtet wurde. Der histologische Befund ist typisch für unsere Erkrankung, bietet aber keinen Aufschluss über ihre Aetiologie. Der Exophthalmus, der positive Stellwag und Moebius, die Tachykardie, das Blutbild, die fliegende Hitze, das starke Erröten, die Schweissausbrüche, das psychische Verhalten, die Pigmentation, das ständige Durstgefühl, der Beginn im Wochenbett und die menstruellen Verhältnisse bieten Hinweise auf eine grosse Labilität des vegetativen Nervensystems und auf Störungen in der Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion. Durch das Zusammentreffen dieser beiden Faktoren lässt sich eine Erklärung für die Entstehung der Erkrankung finden. Es bildet demnach der vorliegende Fall eine Stütze für die Theorie Singer's, der den Grund für das Auftreten der idiopathischen wie auch der deuteropathischen Hautatrophie in einer Störung des innersekretorischen Gleichgewichtes sieht. Im Vergleich mit den bisherigen Erklärungsversuchen erscheint diese Theorie als die vollständigste und wahrscheinlichste, zumal sie auch gut das Ausgelöschtwerden der elastischen Fasern verständlich macht.

Druck von C. Alban Döbele in Bamberg.

wie dies einige in der Anstalt selbst entstandene Fälle beweisen. Als andere Frühsymptome finden Veränderungen der Haut, Trockenheit, Abschelfung und Hervortreten der Follikel (Gänsehaut) Erwähnung. Hemeralopie wurde nicht beobachtet. —

Die eigentliche Erkrankung begann gewöhnlich mit Schmerzen in den Beinen, denen meist im Verlauf von Tagen oder einigen Wochen die eigentlichen Blutungs- und Zahnfleischsymptome folgten.

Das vollausgebildete Krankheitsbild war häufig, aber doch keineswegs immer mit dem Zustand einer allgemeinen Unterernährung oder Anämie verbunden.

Als für die Diagnose am wichtigsten folgt zunächst eine Beschreibung der Zahnfleischveränderungen. Solche fanden sich in 90 % der Fälle; sie waren nicht abhängig vom Zustand der Zähne, traten aber nur da auf, wo Zähne oder Zahnstumpen vorhanden, nicht an zahnlosen Partien. — Übergreifen auf Magenschleimhaut wurde nicht beobachtet. — Lockerung der Zähne trat bei schwereren Fällen ständig auf. Die Zähne befestigten sich jedoch wieder nach Ablauf der Erkrankung. Was die Entstehung und Bedeutung der Zahnfleischveränderungen anlangt, so wird die skorbutische Zahnfleischschwellung als Folge der hämorrh. Diathese, die ulcerativen Prozesse als Folge von Sekundärinfektion mit Spirochäten und fusiformen Stäbchen aufgefaßt.

Als skorbutische Veränderung der Haut finden zunächst die obengenannte Trockenheit der Haut, Hervortreten der Haarfollikel (Gänsehaut), einschließlich in einem Falle das Auftreten von herpesartiger Eruption Erwähnung. Ständig vorhanden und für Skorbut typisch waren Follikelblutungen um die Haare. Ausnahmsweise zeigt sich auch Blutblasenbildung. — Die tieferen Blutungen in das Subkutane und die Fettgewebe traten vorzüglich in der Wadengegend, Kniekehle, Rückseite der Oberschenkel, zu beiden Seiten der Sprunggelenke und am Fußrücken auf. Auch am Panniculus der Bauchhaut und an den Armen fanden sie sich manchmal. — Die Resorption der Blutungen wurde von harter Infiltration der Haut, die bis zur Behinderung der Beweglichkeit der Gelenke führen konnte, begleitet.

Muskuläre Blutungen traten unter dem Bild von circumscripten bis diffusen Verhärtungen meist der Wadenmuskulatur auf, begleitet häufig von dem Hampelmannphänomen. Seltener fanden sich Periostblutungen und Gelenkaffektionen.

Medizinische Fakultät der Universität Erlangen

Lane Medical Library

Blaufuß, Konrad:

Über eine im Frühjahr 1922 im Städtischen Krankenhause in Nürnberg beobachtete Skorbut-Epidemie.

Erlangen, Inaugural-Dissertation 1922.

Einleitend wird hervorgehoben, daß Skorbut während der Vorkriegsjahre in den Kulturstaaten Europas zur großen Seltenheit geworden war. Erst im Weltkrieg zeigte sich die Erkrankung wieder in epidemischer Form und zwar nur bei der Truppe, nicht bei der Zivilbevölkerung, was ein besonderes Licht auf die Frage der Ätiologie des Skorbuts wirft. Hierauf wird von dem neuerlichen Auftreten von Skorbut in verschiedenen Großstädten Deutschlands berichtet, insonderheit von seinem epidemischen Auftreten in Nürnberg, Frühjahr 1922, wobei nicht unerwähnt bleibt, daß bereits in den früheren Jahren seit 1904 fast alljährlich gerade in Nürnberg einige Skorbutfälle beobachtet wurden.

Schließlich folgt eine kurze statistische Gegenüberstellung der Häufigkeit des Auftretens von Skorbutfällen in den bedeutenderen bayerischen Städten im Vergleich mit Nürnberg im Jahre 1922.

Vor Besprechung des Symptomenkomplexes des Skorbuts wird die bereits in Beschreibungen von Kriegsepidemien häufig hervorgehobene starke Variabilität des Krankheitsbildes bestätigt.

Als Initialsymptome wurden aus anamnestischen Angaben die bekannten Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens, Müdigkeit, Herzklopfen, Blässe, Schlafbedürfnis usw. häufig gefunden. In Übereinstimmung mit

den Lymphogranulomatöse retroperitoneale Drüsentumoren
llen. Die nervösen Störungen blieben zum Teil ungeklärt; es
zu vermuten, dass die spastischen Erscheinungen durch
phogranulomatöse Prozesse in den Rückenmarkshäuten
rgerufen wurden, doch wurde das Rückenmark nicht
öffnet. Im anderen Fall bestanden ebenfalls lymphogranu-
lomatöse Drüsenschwellungen, die durch Kompression
unteren spinalen Wurzelgeflechte zu heftigen Schmerzen
rten. Hier waren auch geringe periphere und mediastin-
ale Drüsenschwellungen vorhanden, außerdem
Milztumor, recurrierendes Fieber, Vermehrung der Über-
gangsformen und großen Mononucleären im Blut.
Werden bei der abdominalen Lymphogranulomatose die
ale, intestinale und retroperitoneale Form unterschie-
Letztere ist die häufigste. Als Eingangspforte kommt
Darm nicht nur bei alleiniger Erkrankung der retro-
tonealen Drüsen, sondern auch bei Generalisierung
Betracht. Die Symptome werden in ihrer Eigenart
hervorgehoben und besonders ihre Beziehung zu dem ab-
nalen Sitz der Erkrankung untersucht. Es wird
Spezifität des Fiebers betont, während es vom Blut-
zweifelhaft erscheinen muß, ob es spezifisch sei.

Bluhmann ?

Medizinische Fakultät der Universität Erlangen.

Lane Medical Libra

Zur Klinik der abdominalen Lymphogranulom a

Auszug aus der Inaugural-Dissertation 1923

Max Bluhmann
aus Nürnberg.

Nach einigen aetiologischen Vorbemerkungen, die gegenüber der Behauptung eines Zusammenhangs der Erkrankung mit Tuberkulose einen ablehnenden Standpunkt vertreten werden 2 im Städt. Krankenhaus zu Nürnberg beobachtete Fälle beschrieben. Der eine zeichnet durch ein encephalitis ähnliches Symptomenbild Benommenheit, Sprachstörungen, spastische Erscheinungen an den Füßen, hohes Fieber. Da außerdem eine [illegible] fragliche Druckempfindlichkeit der Milz, Durchfälle später Leukopenie bestanden, sowie Diazo positiv war, wurde anfangs auch an Typhus gedacht. Autoptisch

101